projeto radis reunião, análise, difusão de informação sobre saúde

setembro 82 tema 2.1

Em debate: assistência médica previdenciária

Esta edição de *Tema* é inteiramente dedicada à assistência médica da Previdência Social. Sem dúvida é uma das mais importantes questões da atual conjuntura da saúde coletiva no Brasil e a divulgação do *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social,* elaborado pelo CONASP, em fins de agosto último, a recoloca na ordem do dia. Uma série de debates com dirigentes e técnicos do INAMPS e do CONASP, durante simpósio realizado na Escola Nacional de Saúde Pública em agosto, evidenciou que desde a tentativa de implementação do Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde (Prevsaúde), em 1980, não se apresentava a possibilidade concreta de um debate tão amplo sobre a assistência médica à população brasileira. A intenção dessa publicação é viabilizar a generalização dessa discussão, facilitando o acesso a alguns documentos básicos de referência: o próprio plano do CONASP e as manifestações que ele suscitou por parte dos diversos setores mais diretamente envolvidos.

Desta forma reunimos nesta edição, além do excerto do que de mais fundamental há no Plano — as "Propostas de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária" e parte da "Estratégia de Implementação do Plano" — diversas matérias e documentos: uma breve explicação do que é o CONSAP; trechos da palestra "Saúde e Desenvolvimento" do Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, na Escola Superior de Guerra em 25 de agosto passado; um resumo comentado das minutas de convênio entre as Secretarias Estaduais de Saúde e a União, para a execução de ações de saúde no âmbito dos estados; uma descrição do novo sistema de pagamento de contas hospitalares, em vigor no estado do Paraná ("Projeto Curitiba"); as críticas ao plano, pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pela Associação Médica Brasileira (AMB), pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT).

Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social

Este plano, em sua versão definitiva, de agosto de 1982, é constituído de 6 partes: (I) "Apresentação", pelo Dr. Aloysio de Ataides Fonseca; (II) "Introdução" — na qual se inclui breve histórico da assistência médico-previdenciária no país e são delineadas as proposições gerais do plano; (III) "O Modelo Atual de Prestação de Serviços de Saúde no Âmbito da Previdência Social" — que descreve e analisa criticamente a estrutura atual da assistência médica previdenciária; (IV) "Propostas de Reoritentação à Assistência à Saúde Previdenciária", (V) "Estratégia de Implementação do Plano"; e (VI) "Considerações Finais" — que resume os resultados esperados do plano.

Para efeito de documentação estão reproduzidos na íntegra a parte IV e os itens "A — Prioridades" e "B — Etapas e Cronograma", da parte V.

OBJETIVOS E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA PROPOSTA

A proposta pretende fundamentalmente a reversão gradual do atual modelo médico-assistencial da Previdência Social, de modo a assegurar:

Melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente;

Cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda população rural e urbana;

Planejamento da assistência à saúde, de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo;

Aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação dos serviços.

A busca desses objetivos deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Responsabilidade do Estado, sobre a política e o controle do sistema de saúde;

Organização dos serviços de saúde públicos e privados, a partir de critérios de regionalização e hierarquização;

Utilização plena das potencialidades específicas do setor público, não apenas para a prestação de serviços básicos, mas também para aqueles que exigem tecnologia, equipamento e pessoal de maior diferenciação;

Integração programática crescente entre os órgãos, normativos e executivos, do setor saúde;

Utilização total da capacidade instalada do setor público;

Descentralização do planejamento e execução dos serviços públicos de atenção à saúde, permitindo adequação de recursos a todas às necessidades, inclusive as periféricas, e desburocratização dos procedimentos administrativos, contábeis e financeiros;

Programação financeira do Sistema de Saúde, a partir da co-participação orçamentária das várias instituições envolvidas na prestação de serviços;

Estímulo às modalidades que assegurem melhor qualidade assistencial, previsibilidade orçamentária, e mecanismos adequados para seu controle;

Redução do número, e simplificação técnico-administrativa e financeira, das várias formas atuais de relacionamento do INAMPS com os prestadores de serviços conveniados e contratados;

Gradualidade no processo de reorientação do modelo, a partir das peculiaridades técnicas e políticas regionais;

Participação ativa dos vários segmentos da sociedade na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial, assim como na sua gerência, nos níveis central, regional e local.

PROPOSIÇÕES GERAIS

1 — Regionalização do Sistema de Saúde, planejado e coordenado a nível estadual por uma Comissão paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde, sob direção do Secretário de Saúde e, quando viável, com a participação de outros órgãos e entidades representativas da Sociedade, de caráter científico, comunitário e de classe.

2 — Hierarquização de todos os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanis-

mos de referência e contra-referência, obedecidas as características locais.

3 — Vinculação da clientela (domicílio sanitário) aos serviços básicos de saúde de sua área (ambulatórios de nível primário), de cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis. Um instrumento importante para a viabilização dessa medida deverá ser a implantação da "Carteira de Saúde" para os usuários dos serviços, que conterá informações resumidas dos atendimentos.

4 — Utilização prioritária da capacidade instalada atual e potencial do setor público, obedecidos os mesmos critérios de regionalização e hierarquização.

5 — Integração programática com os serviços de saúde das Forças Armadas.

6 — Equiparação progressiva do atendimento dos beneficiários rurais e urbanos, a partir da co-participação financeira das demais instituições públicas (Hospitais de Ensino, Secretarias de Saúde, etc), estudando-se novas formas de custeio da atenção ao rurícola, inclusive, se possível, com a utilização dos recursos do FINSOCIAL.

7 — Estabelecimento de critérios de repasse financeiro do INAMPS, às demais instituições públicas, de ensino e beneficentes conveniadas, nos seguintes termos: participação no custeio, no nível ambulatorial; subsídio por alta e por atendimento ambulatorial, no nível hospitalar.

8 — Procura, com cooperação de órgãos outros (DASP, CIPLAN, etc) de uma nova política de valorização de recursos humanos, no âmbito do INAMPS e do setor público em geral, que contemple:
Eliminação gradual da dupla militância;
Dedicação exclusiva para as funções essenciais;
Estabelecimento de carreiras (Planos de Cargos e Salários) para os profissionais de saúde, com desenvolvimento de programas de educação continuada, orientados à atualização técnico-científica e à progressão funcional;
Valorização de todos os profissionais da equipe de saúde, com definição clara de atribuições, e salários justos e adequados:
Tempo integral geográfico no setor público com a possibilidade dos profissionais de saúde exercerem dois empregos públicos, num mesmo local de trabalho;
Maior flexibilidade para, a nível estadual, poder-se encontrar soluções de compatibilização de Planos de Cargos e Salários entre as várias instituições públicas envolvidas na prestação de serviços de saúde.

9 — Incremento da capacidade técnico-gerencial do setor público através do estabelecimento de padrões técnicos para a assistência médico-sanitária (condutas e normas) e do correspondente processo de supervisão.

10 — Aperfeiçoamento e desenvolvimento do Sistema de Informações relativas à atenção médico-sanitária prestada, assim como de Sistemas de Apoio em Geral, como Suprimento, Manutenção, etc.

11 — Implantação de um sistema de contabilidade de custos da atenção médica, em seus vários níveis e tipos, como um dos elementos de controle da racionalidade da assistência.

12 — Aperfeiçoamento do Sistema de Auditoria Médico-Assistencial, com peculiaridades para os setores público e privado e com a participação dos Conselhos Profissionais, onde couber.

13 — Desenvolvimento de estudo especial, relativo à assistência ao Acidentado do Trabalho, pelo INAMPS, INPS e Ministério do Trabalho, visando a compatibilização dos instrumentos legais que regem o assunto, assim como a verificação de critérios de atendimento e remuneração pela Previdência Social.

14 — Melhoria do atendimento ao público através de:
Racionalização da demanda aos serviços;
Utilização de sistemas racionais e modernos de marcação de consultas;
Treinamento específico de pessoal para atendimento ao público e gratificação salarial correspondente.

15 — Promoção e apoio a medidas que visem aperfeiçoamento dos mecanismos de custeio e de incremento da receita para a assistência à saúde do país, seja através do INAMPS ou das outras instituições envolvidas nesse processo. Entre essas medidas pode-se destacar:
Aperfeiçoamento do sistema de arrecadação do IAPAS, especialmente no tocante à contribuição rural;
Participação do IAPAS no prêmio do seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos auto-motores (DPVAT), com a destinação da receita correspondente ao INAMPS;
Utilização de critérios claramente definidos para a elaboração do plano de custeio do SINPAS e da destinação do Fundo de Previdência e Assistência Social (FPAS), de modo a assegurar parcela adequada para o cumprimento das metas de Assistência à Saúde, de acordo com o previsto no Artigo 5º da Lei nº 6.950/81;
Garantia de efetiva participação dos níveis estaduais e municipais no custeio e prestação das ações de saúde;
Destinação de parcela adequada e devidamente estimada do FINSOCIAL, para melhoria da rede pública, e extensão e atualização dos serviços de saúde à população rural e urbana.

16 — Revisão dos critérios de concessão de financiamento pelo Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), de modo a corrigir as distorções ainda existentes, em termos de tipos e distribuição geográfica dos investimentos a serem aprovados.

17 — Estreitamento progressivo da já existente articulação entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde, da Educação e Cultura e as Secretarias de Saúde, através da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação-CIPLAN.

PROPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Além das proposições gerais, que devem reorientar o modelo assistencial do INAMPS como um todo, faz-se necessário a explicitação de uma série de medidas que visam a operacionalização desse novo modelo. Como princípio, o mesmo deve ser integrado, evitando-se desarticulação entre os seus vários níveis de complexidade e dando-se a justa ênfase à assistência ambulatorial, que constituirá a **porta de entrada do sistema.** A divisão, a seguir apresentada, obviamente constitui apenas uma apresentação didática e operacional das proposições.

O que é o CONASP

O Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi criado em 2/9/81 através do Decreto nº 86.329 da Presidência da República como órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social, presidido por médico de "notório saber". O CONASP é constituído por 14 membros representantes dos seguintes Ministérios: Previdência e Assistência Social, Saúde, Trabalho, Educação e Cultura, Fazenda, Desburocratização e Secretaria de Planejamento; das seguintes Confederações Nacionais: da Indústria, do Comércio, da Agricultura, dos Trabalhadores da Indústria, dos Trabalhadores do Comércio, dos Trabalhadores da Agricultura; e do Conselho Federal de Medicina.

Os representantes, com mandato de dois anos renováveis, são designados pela Presidência da República através dos Ministros e por seleção a partir de lista quíntupla apresentada pelos órgãos representativos de classe.

Compete ao CONASP opinar sobre organização e aperfeiçoamento da Assistência Médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários à assistência médica dentro do orçamento, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica.

O CONASP funciona com apoio técnico e administrativo do MPAS e suas proposições devem ser encaminhadas ao Ministro da Previdência e Assistência Social.

projeto radis **reunião, análise, difusão de informação sobre saúde** tema **2.3**

1 — **Nível Ambulatorial**

Propõe-se integrar, em uma **Rede Única**, as seguintes estruturas de prestação de serviços, com seus devidos ajustes e correções:

Postos de Assistência Médica do INAMPS (PAM);

Ambulatórios e Postos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;

Ambulatórios de Hospitais de Ensino;

Serviços Ambulatoriais Privados Credenciados;

Ambulatórios de Sindicatos Rurais, de Empregados e Empregadores, assim como de outras instituições conveniadas para a atenção ambulatorial rural.

Ressalte-se que os convênios rurais poderão se integrar nessa Rede Única, em igualdade de condições, se tiverem seus subsídios equiparados aos da área urbana, ou através de co-participação de outras instituições no custeio do atendimento à população rural, como consta nas "Proposições Gerais".

A articulação desses órgãos ambulatoriais representa basicamente uma potencialização dos recursos alocados para o setor por várias instituições públicas e privadas, com um impacto significativo do ponto de vista econômico-financeiro e assistencial. Acresce-se também a ampla cobertura populacional que proporcionam em conjunto. Estima-se que os serviços ambulatoriais públicos dispõem hoje, na sua totalidade (MPAS/MS/MEC/Secretarias de Saúde, etc.), de uma capacidade instalada apta a produzir mais de 75% das consultas atualmente oferecidas pelo INAMPS através de seus serviços próprios e contratados, em todo o país (mais de 200 milhões).

Os atendimentos ambulatoriais que não foram feitos pela rede pública deverão continuar a ser prestados pela rede privada. Neste caso é aconselhável que continuem a ser preferencialmente realizados pelos atuais credenciados, que deverão estar articulados operacionalmente com unidades ambulatoriais públicas. Assim, o atendimento de pacientes pelos credenciados deverá ser feito mediante encaminhamento dos ambulatórios públicos, que exercerão sobre os serviços e profissionais credenciados o controle da qualidade assistencial e da produtividade, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos de cobertura populacional. Complementarmente, cooperativas médicas, entidades sindicais e patronais e grupos médicos, que se responsabilizam, atualmente, mediante remuneração por pré-pagamento, pelo restante da cobertura ambulatorial, devem também articular-se com a rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob controle do setor público, obedecidos os aspectos legais e éticos envolvidos no caso.

2 — **Nível Hospitalar**

Cabe inicialmente reiterar que a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde devem englobar e articular os níveis ambulatorial e hospitalar, público e privado. Entretanto, didaticamente, as proposições específicas quanto à atenção hospitalar podem ser apresentadas em 2 conjuntos: as relativas aos hospitais governamentais, de ensino e beneficentes; e as referentes aos hospitais privados e contratados.

Desse modo, além das gerais, são aqui indicadas as seguintes medidas:

Referentes a Hospitais Próprios do INAMPS, em Co-Gestão com o MS, Governamentais em Geral, de Ensino e Beneficentes.

Estabelecimento de uma rede de Centros de Referência para o atendimento hospitalar no país, inclusive no tocante à pesquisa e formação de recursos humanos, utilizando basicamente hospitais desse grupo.

Transformação de todos os atuais convênios e contratos com Hospitais Universitários e de Ensino, no novo Padrão de Convênio MEC/MPAS (já proposto pelo CONASP e aprovado pela CIPLAN, com homologação ministerial), que prevê em linhas gerais:

** pagamento por alta e atendimento ambulatorial, segundo tabela específica, e classificação do hospital, segundo complexidade e desempenho.*

** proibição, sob qualquer forma, de remuneração dos profissionais por quantidade ou diferenciação de atos.*

** equiparação do atendimento às populações urbanas e rural, com base na co-participação já existente nesses tipos de convênios.*

Transformação de todos os convênios globais e contratos por produção de serviços mantidos com os hospitais governamentais e beneficentes, em convênio tipo MEC/MPAS, antes descrito, com tabela de subsídios adaptada ao tipo de atendimento oferecido por esses hospitais.

Aperfeiçoamento da co-gestão MPAS/MS, com acompanhamento através da CIPLAN.

Hospitais Privados Contratados

Implantação, em todo o país, do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Novo Sistema de Contas), já experimentado pela Superintendência Regional do INAMPS do Paraná, que consiste em:

** substituição da remuneração atualmente feita pelo valor de Unidades de Serviço (US), Diárias, Taxas de Sala, e Medicamentos, pelo pagamento por Procedimento Clínico ou Cirúrgico, levando a uma simplificação das contas médico-hospitalares e de seu processamento, com consequente agilização dos pagamentos e melhor controle dos gastos.*

** introdução de novos mecanismos de auditoria técnica, a partir de padrões de condutas clínicas e cirúrgicas, critérios de internação e alta, com a devida participação dos Conselhos Profissionais e Sociedades Científicas, visando assegurar uma melhoria da qualidade assistencial.*

Aperfeiçoamento progressivo da nova modalidade (pagamento por procedimento), com consolidação e simplificação gradual e atualização periódica da Tabela de Procedimentos, implementação dos Sistemas de Auditoria e Valorização do Desempenho Hospitalar, desenvolvimento de mecanismos de apropriação e atualização de Custos dos Procedimentos, etc., com a participação das Associações de Classe ou de Especialidades.

Quanto aos Hospitais privados, hoje conveniados para assistência à população rural, deve-se buscar integrá-los à mesma sistemática anteriormente descrita, à medida que houver a disponibilidade orçamentária para tal fim, dentro da intenção de equiparação do atendimento às populações urbana e rural, já formulada.

Recomendação às Superintendências Regionais do INAMPS para que façam representação junto aos Conselhos Profissionais Regionais, a respeito das irregularidades de caráter ético-legal identificadas na prestação de serviços.

3 — **Outras Proposições**

a) Referentes à Assistência Farmacêutica

Quanto a essa área, julga-se necessário:

Retomada do Plano Diretor da CEME, considerando as atuais injunções técnicas, políticas e econômicas do setor, com recomendação de que se amplie sua atuação.

Revisão da RENAME, à luz da nosologia prevalente no país e de condutas médicas padronizadas.

Implantação efetiva da RENAME nos serviços de saúde pública, e sua extensão aos hospitais privados contratados pelo INAMPS.

Descentralização administrativa do órgão.

Estreitamento da integração programática da CEME com o INAMPS, MEC e Secretarias de Saúde.

b) Referentes à Assistência Odontológica

Impõe-se um estudo a curto prazo, para avaliar, com maior nível de detalhe, a assistência odontológica oferecida pelo INAMPS, em particular o relacionamento com os serviços contratados e conveniados. Tal estudo deve ter em vista uma política mais racional para essa área, e que deve estar orientada à ampliação de cobertura a custos compatíveis com as realidades orçamentárias do INAMPS, do MS e das secretarias Estaduais de Saúde e Educação.

Deve-se fomentar o desenvolvimento de novas estratégias de promoção, prevenção e manutenção da saúde oral, de forma integrada com os Programas de Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação. Entre essas estratégias pode-se destacar o "Sistema Incremental", orientado especialmente ao tratamento odontológico da população escolar, baseado em simplificação de equipamentos, uso de pessoal auxiliar e parâmetros de cobertura pré-estabelecidos. A fluoretação da água também merece ser objeto de apoio junto às Prefeituras e Companhias de Abastecimento de Água, dado o seu comprovado impacto sobre a saúde dentária. O atendimento odontológico conservador deve estar, também, mais acessível a toda a população, obedecidas as mesmas prioridades de ocupação da capacidade instalada do setor público.

É oportuno sugerir a convocação das associações de classe e de grupos docentes, para que os estudos e sugestões tenham o necessário respaldo dos profissionais interessados.

c) Modalidades Atuais do Pré-Pagamento do Setor Privado

Incluem-se nesse item o Convênio Empresa e o Convênio com Sindicatos Urbanos.

Dados os problemas já identificados anteriormente, propõe-se:

Conclusão dos estudos para aprimorar mecanismos de controle e apropriação de custos do Convênio-Empresa e dos Convênios com Sindicatos Urbanos.

Regulamentação das modalidades após a conclusão dos referidos estudos.

Aplicação dos mecanismos de controle aos convênios atuais.

Condicionamento da expansão dessas modalidades à ocupação prévia de toda a capacidade instalada do setor pûblico, de modo a evitar que surja um amplo sistema de saúde paralelo.

ESTRATÉGIA DE IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

Prioridades

Constituem pontos essenciais e devem merecer um tratamento prioritário, os seguintes tópicos do Plano de Reorientação:

1 — Implantação das medidas relativas à reorientação do nível ambulatorial, através do "Projeto de Racionalização da Assistência Ambulatorial INAMPS/Credenciados" (Anexo 1) e do Convênio Trilateral MPAS/MS/SES. (Anexo 2).

2 — Implantação do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Novo Sistema de Contas), referente à nova forma de relacionamento do INAMPS com os Hospitais Privados Contratados. (Anexo 3).

3 — Equiparação gradual da atenção rural à urbana.

4 — Reforço técnico-gerencial do setor público prestador de serviços de saúde em geral, e dos próprios do INAMPS em particular, com o prosseguimento de estudos da nova política de Recursos Humanos para o setor.

5 — Implantação urgente do Plano de Controle e Avaliação dos serviços próprios, conveniados e contratados.

6 — Desenvolvimento de estudos visando o aperfeiçoamento e controle das atuais modalidades assistenciais de pré-pagamento (convênio-empresa e convênio com sindicatos urbanos).

Etapas/Cronograma

1 — Etapas a serem iniciadas ou cumpridas a curto prazo (1982)

a) — Implantação do Projeto de Racionalização Ambulatorial envolvendo serviços próprios e credenciados (a exemplo de Curitiba) em áreas críticas, nas seguintes capitais: Rio de Janeiro; Recife; Fortaleza; João Pessoa; Salvador; Florianópolis; Goiânia; Belo Horizonte; São Paulo; Maceió.

Em conjunto, esses municípios correspondem a cerca de 22 milhões de habitantes. Tais áreas foram escolhidas em função de vários critérios:

Existência de extensa rede própria e oficial de serviços;

Experiência acumulada na articulação inter-institucional;

Desejo manisfesto de estreitamento de cooperação com o INAMPS, por parte dos Governos Estaduais, Municipais e outras instituições;

Alta concentração de população carente nesses centros, dado serem todos, polos de migração.

b) — Assinatura dos Convênios Trilaterais (MPAS/MS/Secretarias de Saúde) e implantação, como áreas de demonstração imediata, em: Curitiba; Niterói; Rio Grande do Sul; Distrito Federal; Rio Grande do Norte.

A população a ser abrangida pelos Convênios Trilaterais, nessa etapa, deverá estar ao redor de 13 milhões de habitantes.

Os critérios utilizados para a seleção dessas áreas foram:

Vigência atual de convênios com as Secretarias de Saúde;

Saúde, com repasse financeiro significativo, por parte do INAMPS;

Desejo expresso das autoridades regionais em agilizar os convênios;

Existência prévia de bom nível de articulação inter-institucional;

Rede significativa de serviços estaduais ou municipais;

Propósito de implantação em diferentes macro-regiões do país.

c) — Constituição das Comissoes Estaduais MPAS/MS/Secretarias Estaduais de Saúde, para acompanharem a implantação da ação trilateral, sob coordenação dos Secretários Estaduais de Saúde respectivos.

d) — Expansão do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Novo Sistema de Contas), às seguintes Unidades Federais: Maranhão; Ceará; Piauí; Paraíba.

A expansão a esses Estado está condicionada por:

Pequena ou inexistente rede de hospitais prórpios, com importante predominância do setor privado em relação ao setor público;

Necessidade de demonstração da validade do sistema em outra região (Nordeste), uma vez que o mesmo já foi desenvolvido em Estado da Região Sul;

Busca da maior produtividade dos recursos aplicados na região, sabidamente carente.

e) — Implantação de nova minuta de convênio MEC/MPAS, nos hospitais universitários e de ensino do país, como única forma de relacionamento destes com o INAMPS (já com prazo estabelecido para se completar a 1º de setembro de 1982).

f) — Constituição de Grupo de Trabalho para estudo dos mecanismos de controle, e o aperfeiçoamento e reorientação necessários, das modalidades assistenciais de pré-pagamento (Convênio-Empresa e Convênio com Sindicatos Urbanos), com a participação de entidades médicas profissionais.

g) — Constituição de Grupos de Trabalho com a participação da CIPLAN (Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde — Acordo MS/MEC/MPAS/OPAS), INAMPS, DASP, AMB, e outros, com vistas ao estudo e proposição de uma nova política de Recursos Humanos para o Setor.

h) — Desenvolvimento de projeto de Padronização da Assistência Médico-Sanitária, incluindo prioritariamente a Definição de Condutas Clínicas e Cirúrgicas, com a participação das Sociedades Científicas de Especialistas, MS e outros.

i) — Desenvolvimento e implementação dos sistemas de auditoria médico-assistencial, voltados para os serviços próprios, conveniados e contratados, com a participação do INAMPS, Conselhos Profissionais e outros.

j) — Desencadeamento dos Programas Especiais voltados para a Assistência Materno-Infantil, Tratamento Domiciliar de Desidratação Infantil e Assistência às Infecções Respiratórias na Infância.

2 — Etapas a serem cumpridas a médio prazo (a partir de 1983)

a) — Implantação da Ação Trilateral MPAS/MS/Secretarias Estaduais de Saúde, em todas as Unidades Federais, iniciando-se o processo de implantação pelos municípios do interior, e por último nas capitais.

b) — Substituição gradual dos projetos então implantados de Racionalização Ambulatorial (INAMPS e Credenciados), pela Ação Trilateral.

c) — Fomento e apoio a uma linha de investigação e desenvolvimento tecnológico, visando a padronização de normas, condutas e perfis funcionais dos serviços de saúde, como reforço ao desenvolvimento técnico-gerencial; essa medida poderá ser agilizada através de articulação entre o MPAS e MS, com o MEC e SEPLAN (CPNq, FINEP, SUBIN), entre outros.

d) — Expansão do Sistema de Atenção Médico-Hospitalar da Previdência Social (novo Sistema de Contas) às demais Unidades Federadas, a partir do contínuo aperfeiçoamento da modalidade.

e) — Análise, revisão atualização e expansão do Plano Diretor da CEME.

f) — Implantação, à medida da oportunidade e viabilidade, das demais proposições feitas pelo Plano de Reorientação ora apresentado.

• TEMA é uma publicação do Projeto Reunião, Análise, Difusão de Informações sobre Saúde, desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública — Fundação Oswaldo Cruz — com o apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. As opiniões aqui expressas não representam necessariamente a posição oficial da instituição. Colaboraram neste número: Gustavo F. Bayer; Luiz Carlos Rotberg; Pedro Ribeiro Barbosa; Sérgio Goes de Paula (Coordenador do Projeto RADIS). Diagramação: Ângela Monteiro.

Convênios Trilaterais: MS/MPAS/SES

Um ponto central das propostas do CONASP diz respeito a uma ampla reorientação da relação do INAMPS com os serviços de saúde públicos. Isso corporifica-se no seu objetivo de hierarquização dos serviços de saúde, baseada na "utilização prioritária da capacidade instalada atual e potencial do setor público", com ênfase na assistência ambulatorial, "que constituirá a porta de entrada do sistema". Daí resulta a relevância, já acentuada no documento do CONASP, da proposta de "regionalização do Sistema de Saúde, planejado e coordenado a nível estadual por uma Comissão paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde".

Os chamados *convênios trilaterais* são o instrumento básico para o encaminhamento dessa regionalização — envolvem os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social por um lado, e as Secretarias Estaduais de Saúde, por outro lado. Para seu estabelecimento, a CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação), composta pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, apresentou uma "Minuta padrão de Convênio MS/MPAS/SES"; a ela foi posteriormente contraposta uma "Minuta de convênio bilateral de saúde (governo federal e estadual)", elaborada pelo CONASS (Conselho Nacional dos Secretários de Saúde).

A comparação entre essas duas propostas evidencia uma considerável divergência em torno do papel previsto para os governos estaduais (realçado na versão do CONASS) e também com respeito à transferência de recursos da área federal para a estadual. Nesse último aspecto, as divergências parecem dizer respeito à intenção, expressa no documento do CONASP, de "estabelecimento de critérios de repasse financeiro do INAMPS às demais instituições públicas (...), nos seguintes termos: participação no custeio, no nível ambulatorial; subsídio por alta e por atendimento ambulatorial, no nível hospitalar". Os governos estaduais parecem preferir a manutenção de um sistema semelhante ao atual, que prevê subsídios globais pré-fixados. Ainda não há decisão quanto ao modelo a ser adotado, mas recente convênio firmado para a cidade de Niterói obedece em princípio ao modelo proposto pela CIPLAN, ou seja, o pagamento por consulta e alta hospitalar.

Apresentamos a seguir um resumo das duas versões, buscando caracterizar suas principais divergências, com o que a ordem de apresentação das diversas cláusulas obedeceu mais ao critério da comparação, e não ao da reprodução integral de sua seqüência original.

Versão CIPLAN

• Objeto do convênio

O presente convênio tem por objeto aprimorar a coordenação e a execução das atividades de saúde, desenvolvidas pela Secretaria, consideradas as ações básicas de saúde, assistência ambulatorial especializada e assistência hospitalar, e proporcionar condições para a progressiva integração programática do setor público.

• Compromissos do MS

Participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde e prestar assistência técnica através de seus órgãos normativos e de coordenação, e financeira, à SECRETARIA, para a consecução dos objetivos deste Convênio;
Fornecer medicamentos e vacinas à SECRETARIA, no exercício de 1982, no valor estimado de Cr$...;
Fornecer à SECRETRARIA, através do INAN, no exercício de 1982, gêneros alimentícios destinados à suplementação alimentar dos grupos vulneráveis de baixa renda, no valor estimado de Cr$...; e a prestar orientação e assessoria técnica correspondentes;
Transferir à SECRETARIA recursos financeiros até o montante de Cr$...

• Compromissos do MPAS

Participar do planejamento, acompanhamento e avaliação das ações deste Convênio, através do INAMPS;
Transferir à SECRETARIA, no exercício de 1982, recursos financeiros até o valor de Cr$ ..., através do INAMPS, incluídos os valores já transferidos até a data deste instrumento; (...)

• Compromissos do Estado

Elaborar o plano operativo anual com a participação do MS e MPAS, bem como de outros instrumentos de programação que se fizerem necessários;
Desenvolver, no âmbito de seus serviços, ações básicas de saúde e prestar assistência ambulatorial especializada e hospitalar;
Participar do acompanhamento e avaliação das ações de saúde;
Aplicar nas ações previstas neste Instrumento, no exercício de 1982, recursos financeiros estimados em Cr$ ...; (...)

Versão CONASS

• Objeto do Convênio

O presente convênio tem por objeto aprimorar o planejamento, a coordenação, a supervisão e a execução das atividades de saúde, desenvolvidas pelas instituições convenentes, consideradas as ações básicas de saúde, assistência ambulatorial especializada, a assistência hospitalar e, proporcionar condições para a progressiva integração do setor público no Estado.

• Compromissos do MS

Prestar assistência técnica e participar do planejamento, inclusive da orçamentação, da supervisão, da avaliação e do controle das ações de saúde objeto do presente Convênio;
Executar, no âmbito de seus serviços as ações de saúde objeto do presente acordo;
Transferir para a Secretaria recursos financeiros a serem aplicados nas ações a que se referem o item 1.1 (primeiro item acima);
Fornecer à Secretaria durante o exercício de 198.., medicamentos no valor estimado de Cr$ ...;
Transferir para a Secretaria recursos financeiros no montante de Cr$ ...;

• Compromissos do MPAS

Participar do planejamento, inclusive da orçamentação, da supervisão, da avaliação e do controle das ações saúde do presente Convênio;
Executar, no âmbito de seus serviços, as ações de saúde objeto do presente acordo;
Transferir para a Secretaria recursos financeiros suficientes a serem aplicados nas ações a que se referem o item II.1 (primeiro, item acima).

• Compromissos do Estado

Planejar, supervisionar, avaliar e controlar a execução das ações objeto do presente Convênio, com a participação dos demais convenentes;
Executar, no âmbito de seus serviços, as ações de saúde objeto do presente acordo;
Consignar em seu orçamento, no exercício de 198., recursos financeiros destinados à execução das atividades previstas no presente Convênio, no montante de Cr$...

O que é o CONASS

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde, fundado em 3/2/82, congrega os Secretários de Saúde de todas unidades federativas. Suas finalidades são: funcionar como órgão permanente de intercâmbio de experiência e informações de seus associados; promover o fortalecimento da política de saúde das Secretarias junto aos órgãos do governo federal; diligenciar no sentido de que as Secretarias de Saúde participem das decisões tomadas pelos órgãos federais que lhes interessem diretamente; encaminhar aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de saúde; promover estudos e propor soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da saúde; orientar e promover a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor de saúde; manter intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras, ligadas ao setor saúde.

Versão CIPLAN

• Transferência de recursos

O ESTADO somente poderá comprometer os recursos referidos no item I.4 desta Cláusula (recursos do MS), após aprovação pelo MS dos respectivos planos de aplicação (. . .) e emissão dos respectivos empenhos.

• Planejamento e coordenação

As ações do presente Convênio serão coordenadas a nível federal pela CIPLAN e, a nível estadual, por Comissão paritária, com representação das três instituições (CIS).

A coordenação das atividades de planejamento e avaliações das ações previstas neste Convênio serão realizadas, a nível federal, pela CIPLAN;

A Coordenação das atividades de planejamento e avaliação das ações previstas neste instrumento serão realizadas, a nível estadual, pela CIS;

A CIS será composta por três representantes de cada uma das instituições convenientes, sendo membros natos o Secretário de Saúde do Estado, o Superintendente Regional do INAMPS e o Delegado Federal de Saúde, cabendo a coordenação da mesma ao primeiro dos mencionados; (...)

Versão CONASS

• Transferência de recursos

A transferência de recursos financeiros do MS, para a Secretaria, far-se-á mensalmente, de modo global, em parcelas iguais e sucessivas. Os recursos financeiros a serem repassados pelo MPAS, para a Secretaria, calculados por sua Secretaria de Serviços Médicos, segundo área de atuação, far-se-á de modo global, mensalmente, em parcelas iguais e sucessivas.

• Planejamento e coordenação

As ações do presente Convênio serão coordenadas, a nível federal, pela CIPAN, e, a nível estatual, pela CIS.

O Governo Federal e o Estadual participarão da CIS com dois membros titulares e um suplente com direito a voto, cabendo ao Secretário de Estado de Saúde as funções de Coordenador e o voto de qualidade.

A CIS será apoiada por uma Secretaria Técnica constituída por quatro servidores Federais, dois do MS e dois do INAMPS e quatro servidores estaduais, indicados pelas respectivas instituições convenentes, devendo exercer suas atividades em tempo integral.

À Secretaria Técnica compete a execução das atividades de planejamento e de avaliação em tudo que diga respeito ao objeto do presente Convênio, devendo as instituições convenentes regulamentar o funcionamento da mesma.(...)

Projeto Curitiba

O atual "sistema nacional de controle e pagamento de contas hospitalares", operado pela DATAPREV, foi implantado em 1976, como forma de reduzir as revisões manuais, permitir o controle centralizado das contas correntes hospitalares e a criação de um banco de dados nosológicos, administrativos e financeiros. Com o tempo ele passou a ser questionado por exigir o manuseio de documentos complexos, por não permitir a previsibilidade dos gastos e por ser motivo de constantes pendências entre hospitais e INAMPS sobre valores excedentes aos gabaritos usados. Já em outubro de 1979 foi designada uma comissão para desenvolver um modelo de pagamento por procedimento. Em novembro de 1979 escolheu-se Curitiba como local para implantação do Plano Piloto desse modelo, que tem os seguintes objetivos: substituir o pagamento por tarefa aos profissionais e por fatura aos hospitais pelo sistema de valores fixos por procedimentos médicos-hospitalares; estabelecer mecanismos claros de reajustes; facilitar ao paciente a opção pelo médico e pelo hospital; cadastrar todos os médicos e hospitais interessados, eliminando o credenciamento; estabelecer critérios técnicos para autorização da internação hospitalar; desvincular das contas hospitalares os honorários dos profissionais; permitir ao INAMPS previsão dos gastos; implantar sistema de auditoria médica-hospitalar ao invés da revisão manual de contas.

O pagamento é baseado no número e tipos de procedimentos constantes de cada conta. Os procedimentos serão sempre aqueles autorizados pelo médico-auditor. Os procedimentos são por sua vez classificados em serviços profissionais, de diagnose e terapia e hospitalares. Os valores para cada tipo de procedimento foram estabelecidos a partir da média de custos de 8,5 milhões de internações realizadas em 1980 e seus valores adaptados para agosto de 1981, quando de início do novo sistema. Sendo assim, os serviços hospitalares possuem um valor pré-fixado. Já para os serviços profissionais e os serviços de diagnose e terapia toma-se como ponto de partida a fixação de um determinado número de pontos para cada ato realizado, calculando-se a remuneração da seguinte forma: 1º) soma-se os valores correspondentes aos Serviços Profissionais de todos os procedimentos autorizados e constantes da Autorização de Internação Hospitalar (AIH); 2º) soma-se o número de pontos correspondentes a todos os atos médicos constantes da AIH; 3º) afere-se o valor do ponto, através da divisão da soma dos valores correspondentes aos procedimentos profissionais, pelo número de pontos correspondentes a esses procedimentos; 4º) soma-se o número de pontos de cada pessoa física ou jurídica; 5º) multiplica-se o valor do ponto em cruzeiros pelo número de pontos de cada pessoa física ou jurídica; 6º) soma-se os valores devidos à mesma pessoa em todas as AIH e hospitais onde prestou serviços.

Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde é membro do CONASP, não tendo porque se manifestar em separado quanto ao seu Plano. Entretanto, a política do Ministério da Saúde, voltada principalmente para os serviços básicos do setor, conforme conferência de seu titular, Waldir Arcoverde, na Escola Superior de Guerra em 25/8/82, coincide, a nível mais geral, com a do MPAS e mesmo com as posições do Plano do CONASP. Os trechos da conferência aqui reproduzidos demonstram isso.

(...) "É possível atingir níveis satisfatórios de saúde apenas através de um adequado consumo de bens e serviços básicos. É precisamente este o papel que cabe ao Governo em sua margem de intervenção sobre o campo da saúde – tornar mais acessíveis esses bens e serviços a toda a população." (. . .)

"No atual período de Governo, meu Ministério, conjuntamente com o da Previdência e Assistência Social, tem propugnado por uma política de extensão e consolidação dos serviços básicos de saúde, dentro da filosofia de que eles integram o elenco de bens e serviços essenciais que deve ser oferecido a toda a população, sobretudo aos segmentos mais carentes que habitam o campo, as pequenas cidades do interior e as periferias das grandes cidades."

"A política de serviços básicos de saúde está substanciada num conjunto de medidas que visam conscientemente a aumentar o rendimento na aplicação de recursos, voltando-os para os problemas de saúde prioritários. Assim, o essencial na proposta de serviços básicos de saúde é a adequação da oferta de serviços às necessidades mais comuns, evitando-se o emprego de tecnologia sofisticada, que hoje é responsável pelos altos custos do atendimento médico e por sua baixa cobertura." (. . .)

"As principais diretrizes que compõem a política de serviços básicos de saúde são as seguintes: a integração entre as diferentes instituições do setor; a descentralização decisória e operacional, para que os Estados e Municípios assumam a maioria dessas ações; a padronização e a simplificação dos recursos tecnológicos, inclusive medicamentos e equipamentos; a ampla utilização de pessoal auxiliar, de níveis médio e elementar, sustentado por profissionais generalistas e das áreas básicas de atenção materno-infantil, clínica médica e odontologia; e a promoção de efetiva participação comunitária." (. . .)

"Gostaria de lembrar o importante impacto de algumas medidas da prevenção da doença, cuja coordenação cabe ao Ministério em que estou à frente. O melhor exemplo é a significativa redução na incidência de formas paralíticas, da poliomelite, que obtivemos através de um esforço ingente da vacinação que cobriu todo o Território Nacional. (...) Igualmente expressivos foram os resultados obtidos com a mobilização nacional no combate ao sarampo, através da campanha de vacinação realizada em 1981." (. . .)

"Constitui meta primordial de meu Ministério que essas ações de imunização, com a mesma amplitude de cobertura, sejam realizadas, em caráter de rotina, pela rede básica de unidades de saúde, dispensando, a médio prazo, o recurso às campanhas, as quais, a despeito de suas conotações cívicas e humanitárias, devem sempre ser encaradas como uma medida emergencial e transitória." (. . .)

"Dentro desta perspectiva, vem atuando o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, um dos programas de maior envergadura do governo federal, coordenado por meu Ministério. Apoiando as Secretarias de Estado de Saúde, o PIASS implantou em 3 anos, 9.493 unidades de saúde, localizadas principalmente no Nordeste do País."

"Graças à operacionalização dessa rede e à integração interinstitucional com o Ministério da Previdência e Assistência Social, elevou-se sobremaneira o grau de eficiência das atividades de controle de certas doenças transmissíveis. Um exemplo é o da tuberculose pulmonar. A partir do convênio INAMPS/Secretarias de Saúde/Ministério da Saúde o número de municípios com unidades de saúde integradas ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose aumenta de 405 para 2.754, representando um incremento de 680%." (. . .)

"No que conceituamos como 'setor saúde', necessita-se continuar aperfeiçoando os mecanismos de ação cooperativa e integrada entre as agências que trabalham com a saúde, sejam Federais, Estaduais ou Municípais, concomitantemente dirigindo aplicação de recursos para a solução dos problemas de maior significação sócio-sanitários." (. . .)

Federação Brasileira de Hospitais

O documento da FBH – contém uma abordagem preliminar desta entidade ao plano do CONASP e a algumas outras medidas propostas no âmbito da medicina previdenciária. Esse documento, entregue ao Ministro Hélio Beltrão em agosto, antecipa as linhas gerais de um estudo mais conclusivo a ser apresentado brevemente, conforme nos foi possível aferir em entrevista concedida por seu Presidente Dr. Angel Del Arroyo, à equipe do RADIS, na primeira quizena de setembro.

A Assistência Médica e a Crise Financeira da Previdência Social

● A assistência médica não contribui para a crise em epígrafe; ao contrário: situa-se no rol das vítimas.

A cada ano que passa é menor a participação do INAMPS no orçamento da Previdência Social. Em 1976 foi de 30%; em 1981 desceu para 24%; no corrente exercício mal atinge 18,32%.

O orçamento do INAMPS para 1982 foi quantificado em 604.037 milhões de cruzeiros, 60,3% apenas acima das efetivas despesas de 1981. Não foram considerados os seguintes fatores:

A elevação da taxa de contribuição dos segurados e das empresas.

O índice de inflação, atingindo em torno de três dígitos.

A maior demanda de cuidados médicos, decorrente do crescimento demográfico, êxodo rural, campanhas de auto-promoção do INAMPS e consciência dos segurados de ser a assistência médica um direito adquirido em troca da contribuição impositiva.

Restrição dos Atendimentos

Premido por um orçamento irrealístico para o corrente exercício, o INAMPS vem pondo em prática um programa de restrição dos serviços médico-hospitalares que violenta um direito adquirido, penaliza inocentes em crise de saúde e produz uma ilusória economia, já que o represamento das hospitalizações agravará os males, transformando-os em urgências, com risco máximo de vida e custos multiplicados. Certamente no terceiro trimestre deste ano estará esgotado o orçamento do INAMPS, vislumbrando-se uma situação difícil para os prestadores de serviços assistenciais e, principalmente, para os pacientes previdenciários, que serão os mais atingidos. Somente a urgente reformulação do orçamento do INAMPS poderá evitar essa crise social.

A Iniciativa Privada no Campo Hospitalar

A rede hospitalar privada dispõe de 3.941 nosocômios que acionam 352.785 leitos, em torno de 80% dos existentes no país. A FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS é sua entidade maior, congregando as Associações Estaduais de Hospitais e sendo, por sua vez, filiada à Federação Latino Americana de Hospitais e à Federação Internacional de Hospitais.

Um fato pouco divulgado, mas que merece realce: na rede privada predominam os leitos beneficentes, filantrópicos e comunitários, havendo, também, os de ensino.

Os hospitais oficiais situam-se nos grandes centros urbanos; somente a iniciativa privada se interiorizou, atingindo os mais longínquos rincões do país.

Os balanços do IAPAS demonstram que o custo médio por internação nos hospitais contratados é, pelo menos, cinco vezes menor do que o custo nos hospitais do INAMPS, sem que haja diferença de nosologias e desempenho. Não obstante, a FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS reconhece o importante papel da rede oficial e deseja trabalhar em harmonia com ela. Espera, de seu lado, que as autoridades da Previdência Social prestigiem a rede privada, fator decisivo para que o INAMPS cumpra seus nobres objetivos.

A iniciativa privada foi quem garantiu, por quase quinhentos anos, a assistência médico-hospitalar à comunidade brasileira. Merece ser respeitada, protegida e incentivada.

Vossa Excelência tem sido um defensor da iniciativa privada e expressou bem o valor da mesma e as dificuldades que enfrenta quando disse: " — O empresário brasileiro é uma ilha de iniciativa rodeada de governo por todos os lados." Há seis dias atrás, falando aos participantes do 1º Congresso Comercial, lamentou que "ainda há em alta escala, uma crise de confiança do governo para com o empresário". Para superá-la, pregou a "necessidade de o Estado inverter seu comportamento; acreditar em vez desacreditar no empresário".

Campanha de Descrédito

Grupos radicais, de tendência estatizante, tentam obscurecer os serviços prestados pela rede hospitalar particular à coletividade brasileira. Generalizam irregularidades esporádicas; mencionam, com estudado espanto, o alto número de atendimentos prestados pelos hospitais privados e o igualmente alto montante em cruzeiros que recebem, omitindo que a rede privada, com seus 4.000 estabelecimentos, fornece mais de 80% dos atendimentos do INAMPS, enquanto este, com apenas 36 hospitais ativos, acolhe somente 1,8% das internações, a um custo médio, como vimos, muito superior ao que paga aos hospitais contratados.

Atribuem à rede privada internações desnecessárias, prescrições excessivas, exames dispensáveis, cirurgias fantasmas, esquecendo que o hospital não emite guias de internação, não faz prescrições, não solicita exames, não opera. Quem faz tudo isso é o INAMPS através de seus médicos, os quais, diga-se a bem da verdade, são dignos e competentes.

Vale a pena frisar que existem hospitais — e sobretudo clínicas — sem qualquer vinculação com a FBH, portanto, fora de seu controle.

Comissão de Relacionamento Interinstitucional

Em todos os setores da atividade humana há os que se desviam do padrão moral estabelecido. Frente a erros porventura cometidos por alguns de seus filiados, a FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS não hesitará em apoiar medidas corretivas adequadas a cada caso, uma vez garantido o direito de defesa. É tal sua preocupação nesse sentido que pleiteou e obteve a criação, pelo Ministério da Previdência Social, de uma Comissão de Relacionamento Interinstitucional MPAS/INAMPS/FBH, incumbida de apreciar os problemas de caráter ético ou contratual que surgirem entre elas (Portaria nº 2.851, de 03/05/82). É a mais razoável maneira de estabelecer controles por consenso e de solucionar, na fonte, situações colidentes antes que adquiram dimensões indesejadas. Em decorrência, solicitam a Vossa Excelência se digne indicar os representantes do Ministério da Previdência Social e do INAMPS, bem como facilitar o desempenho de sua missão fazendo que participe de todos os problemas que envolvam Previdência Social e hospitais da rede privada.

Descentralização

Uma coisa é a louvável descentralização das decisões administrativas dentro dos próprios escalões da Previdência Social e outra transferir para os Estado e Municípios os recursos do INAMPS e o mando sobre as obrigações assistenciais que a ele cabem, medida que descaracterizará este órgão como entidade nacional e criará uma série de sub-INAMPS, díspares, que impedirão a coordenação e o controle.

Leve-se em conta a possível interferência do mandonismo local, força negativa que tentará prevalecer sobre as diretrizes técnicas planejadas e pode comprometer o sistema. Considere-se, ademais, que a relação INAMPS/Secretarias Estaduais de Saúde impede a avaliação do desempenho e a correção das deficiências por estas apresentadas, já que é praticamente impossível a um órgão público aplicar sanções em outro órgão público.

Outra situação a ponderar: os subsídios fornecidos pela Previdência Social a órgãos estaduais, municipais e setoriais podem ser desviados para ações alheias à assistência médica.

Conasp

A FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, julga válida, em princípio, a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária — Conasp. Apenas reivindica a inclusão, nele, de representantes seus, cuja larga experiência apontará conhecimentos técnicos e sugestões práticas de quem vive o problema vinte quatro horas por dia.

Novo Sistema de Contas

Pela Portaria nº 1.852, de 09/10/79 foi instituída uma Comissão Central de Alto Nível integrada por representantes do INAMPS, Dataprev, FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, Associação Médica Brasileira, Conselho Nacional de Entidades Sindicais Hospitalares, Federação dos Médicos e Federação das Misericórdias, incumbida de acompanhar a elaboração do novo sistema e o teste de campo em Curitiba. Essa Comissão, entretanto, foi marginalizada exatamente na data em que se iniciou a experiência no Paraná, permanecendo congelada por mais de 17 meses, sem que fossem atendidos os insistentes pedidos de convocação feitos pelas entidades dos prestadores de serviços. Somente agora, após muitos apelos, houve a reconvocação, quando se tenta considerar o sistema um fato consumado, pelo menos no Paraná.

O pagamento fixo por valor médio de procedimento colide com axioma médico: " — Não há doenças: há doentes.", bem enunciado por Vossa Excelência em entrevista à televisão, dia 8 de junho passado. A mesma patologia varia de aspecto e gravidade conforme o paciente, sua carga hereditária e biotipológica, doenças pregressas, condições sócio-econômicas etc. As variáveis são muitas e, por vezes, extremas, dificultando e até impedindo que se estabeçam valores fixos com base em estatísticas, por mais abrangentes que estas sejam. As entidades médicas apontam, entre outros desacertos do sistema, os excessivos poderes atribuídos aos auditores, poderes que, segundo tais entidades, ferem a ética e são fonte de atritos entre médicos, auditores e hospitais, em detrimento dos pacientes.

A FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS julga prematura qualquer conclusão definitiva sobre o sistema em pauta, parecendo-lhe prudente aprofundar a experiência antes de estendê-la a outros Estados. (. . .)

Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social

Em documento a ser entregue, em breve, a Vossa Excelência, a FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS externará sua opinião sobre o Plano em pauta, através de uma análise crítica fundamentada.

De momento, registramos o fato de não terem sido ouvidas entidades representativas dos prestadores de serviços e, quanto ao Plano em si, consignamos:

É complexo, multiforme, de incerta viabilidade, envolvendo mais de dez entidades e órgãos, afora os que integram o Sinpas.
Desvirtua a verdadeira imagem dos hospitais contratados.
Apresenta nítido cunho estatizante.
Marginaliza a área assistencial que fornece 80% dos atendimentos do INAMPS, atra-

vés de 4 mil hospitais 350 mil leitos ativos, dando-lhe caráter "complementar".

Usa a contribuição de trabalhadores e empresas para atender uma grande gama de não contribuintes.

Inclui nas atribuições do INAMPS as ações básicas de saúde, o combate às endemias e outras atividades da exclusiva obrigação do Ministério da Saúde.

Cria um dédalo de ações, integrações, convênios, co-gestões, repasses de recursos, comandos e subcomandos, quando tudo podia resumuir-se a um só órgão: o INAMPS; um só objetivo: a assistência médica ao indivíduo; e um só indivíduo-destinatário: o contribuinte da Previdência Social.

O INAMPS, órgão de seguro-saúde

O INAMPS é a empresa de seguro-saúde compulsório do Ministério da Previdência Social. Em decorrência, deve ter por único objetivo prestar cuidados de saúde aos que, mensalmente, recolhem ao IAPAS a contribuição obrigatória.

Os convênios de financiamento global estabelecidos pela Previdência Social com instituições governamentais, bem como os auxílios, subvenções, doações etc. concedidos a entidades assistenciais beneficentes, filantrópicas, sindicais ou comunitárias, constituem prejuízo para os segurados, que vêem parte substancial de suas contribuições ser utilizada para atendimento de segurados e de não segurados, indiscriminadamente.

O INAMPS, nesses casos, deve ressarcir as citadas entidades em função do número de previdenciários realmente atendidos, dentro das tabelas e condições estipuladas para os demais prestadores de serviços.

dos 100%. Para conter as despesas com a assistência médica dentro de tais limites, o CONASP objetiva reduzir os serviços comprados e os custos de tais serviços, tendendo a abandonar o sistema de pagamento por produção (US e taxas por diária hospitalar) e substituindo-o, gradualmente, pelo sistema de pagamento pré-fixado (pré-pagamento) já adotado para os hospitais conveniados da área rural (Funrural, hoje Pró-Rural). Sob esta forma de pagamento, por exemplo, as 9.201.698 internações hospitalares ocorridas na área urbana no ano passado custariam 90 milhões de cruzeiros e não os 144,8 bilhões pagos aos hospitais contratados pelo sistema de produção.

Sem dúvida o sistema de pagamento elimina a superprodução de serviços que o CONASP denuncia, passando os hospitais a buscar seus lucros na redução de diárias, de atos médicos, de exames complementares e de procedimentos terapêuticos, isto é, passará a lucrar subproduzindo serviços, como os sindicatos de trabalhadores têm denunciado com relação ao Funrural. E não haverá auditores e fiscais que impeçam tais práticas, como não houve para impedir a superprodução real ou contábil que existiu e existe e que o INAMPS, teoricamente o maior prejudicado, efetivamente jamais puniu.

Apesas do Plano do CONASP se referir a uma política de recursos humanos para melhorar as condições de trabalho e a remuneração dos médicos e profissionais da saúde, esta política não foi definida. Além dessas questões, não fica claro no Plano como as empresas de Medicina de Grupo, que também atuam dentro do critério de pré-pagamento, deixarão de constituir um sistema paralelo ao sistema nacional de saúde que O CONASP pretende que seja único e igualitário.

Para que o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde, contra a vontade de seus idealizadores, não dê nascimento a um outro modelo de assistência médico-hospitalar mais perverso que o atual, faltam três requisitos fundamentais: primeiro, a efetiva e concreta participação dos usuários na implantação, coordenação e fiscalização do projeto, evitando que distorções graves acabem por desvirtuá-lo; segundo, uma urgente e definida política de recursos humanos, de forma a contemplar os médicos e profissionais de saúde com condições de trabalho e remuneração dignas e estáveis; por último, que os recursos financeiros destinados ao setor visem satisfazer necessidades reais e não contê-las dentro de dotações rígidas.

O respaldo social para o Plano do CONASP tem este preço. Resta saber se o governo está disposto a pagá-lo ou liquidará o projeto como já fez com o Prev-Saúde.

Associação Médica Brasileira

As linhas gerais da posição da AMB sobre o plano do CONASP estão desenvolvidas em editorial do seu jornal (JAMB nº 1.102/3, julho/agosto 1982), que transcrevemos a seguir.

● Raramente um documento oficial fez uma análise tão correta do nosso modelo de assistência médica e suas distorções. São também essencialmente corretos os objetivos, princípios e proposições desta terceira versão do "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social".

Ao contrário do Prev-Saúde, progressivamente mutilado e morto, o Plano do CONASP parece ter fôlego e uma tramitação política e administrativa até agora tranquila na área do Governo. São várias as razões.

Ele nasce dentro da própria instituição que detém os maiores recursos do setor — a Previdência Social — cujos quadros diretivos mudaram recentemente para melhor. Menos ambicioso em sua amplitude e objetivos, o Plano propõe alocar racionalmente os recursos próprios do INAMPS, obedecendo às dotações orçamentárias rigidamente fixadas pelos setores econômicos do Governo, responsáveis por uma política econômica recessiva que é contrária às necessidades das áreas sociais. Seus propósitos moralizadores e racionalizadores e o resgate de muitos dos objetivos do Prev-Saúde, encontram ampla passagem, mesmo em setores sociais que se opõem às políticas do governo nesta e noutras áreas. A proximidade das eleições freia as resistências das forças econômicas e políticas que se beneficiam das distorções do atual modelo de assistência médica, mesmo porque o Plano está sendo posto em execução gradualmente, tendo começado numa região onde as contradições e conflitos de interesses não são tão agudos.

O batismo de fogo do Plano será nas áres críticas do Rio e São Paulo onde será implantado ainda este ano o Sistema de Racionalização Ambulatorial com a intenção de conter a demanda de exames complementares e internações a nível ambulatorial. Posteriormente, serão unificadas de forma progressiva, as ações de saúde dos serviços federais, estaduais e municipais através dos acordos trilaterais MPAS/MS/Secretarias de Saúde. No eixo Rio-São Paulo está instalado o complexo médico-industrial, envolvendo interesses de empregadores, de empresários do setor médico-hospitalar e de medicina de grupo, das empresas médicas de todo o tipo e das indústrias de equipamentos e farmacêuticas.

Beneficiário das políticas do governo, em especial do atual modelo de assistência médica, esse complexo médico-industrial não ficará impassível ante um plano que irá reduzir seus lucros embora pretendendo apenas ordenar o setor, contendo suas despesas dentro dos limites orçamentários impostos. É pouco provável que ocorram enfrentamentos entre o Ministério da Previdência e este complexo mas sim arranjos e ajustes que procurarão conciliar os objetivos do governo com os interesses dos empresários. Os prejuízos irão para a assistência médica que os usuários pagam com suas contribuições e para as condições de trabalho e remuneração dos profissionais do setor.

O orçamento do INAMPS foi fixado em 604 bilhões de cruzeiros, o que significa um reajuste de 67% sem relação ao ano anterior, quando a inflação superou a casa

Associação Brasileira de Medicina de Grupo

O texto aqui reproduzido foi redigido pela ABRAMGE especialmente para este número de Tema *e encaminhado ao RADIS por seu Assessor de Imprensa, Mário Dias. É importante assinalar, por existirem várias versões preliminares do Plano do CONASP, que o texto cita referências específicas à utilização do convênio-empresa, as quais não mais constam, pelo menos explicitamente, da versão final desse Plano. A ABRAMGE congrega entidades privadas que ofereçem cobertura médico-hospitalar mediante pré-pagamento, geralmente abrangendo grupos específicos de beneficiários, através de convênios com entidades empregadoras (convênio-empresa).*

● De um modo geral, as análises que têm sido feitas sobre o sistema de atendimento médico pela Previdência Social no Brasil padecem de um passionalismo e de um preconceito de fundo claramente ideológico. De um lado, aqueles que, por princípio, são contra a interferência do Estado na prestação de serviços, ou mesmo na economia, dentro de uma ótica de um liberalismo econômico ultrapassado, creditam todos os males àquilo que chamam de "estatismo". De outro, os que pretendem uma economia socializada, dentro dos moldes de manuais teóricos das várias gamas do marxismo, insistem em colocações à partir da mais autêntica análise dialética, sempre de acordo com a ortodoxia dos teóricos.

Assim ideologizada, dificilmente a discussão leva em conta os dados da realidade, de um Brasil aqui e agora, de uma medicina praticada hoje, para trabalhadores que precisam de assistência médica já.

Parece muito justo que, em uma sociedade democrática, muitos pretendam a socialização da economia. O que não parece racional é que se pretenda iniciar tal processo global de socialização exatamente por um setor tão sensível como o da assistência médica aos trabalhadores. A não ser que toda a confusão daí resultante pretensamente sirva como uma estranha pedagogia revolucionária imposta aos trabalhadores, sem se levar em conta suas legítimas aspirações.

Trata-se, portanto, de examinar a questão da assistência médica previdenciária no Brasil dentro de um profundo sentido de realidade. Sem desconhecer dentro de que tipo de modelo econômico existente tais sistemas deverão funcionar, ainda que se preferisse que outro fosse o modelo. E estando plenamente conscientes das condições peculiares do Brasil, suas diferenças regionais, quer de estágio de desenvolvimento, quer de cultura, quer de disponibilidades de recursos locais, ao nível de equipamentos e pessoal treinado.

Ainda mais: levando-se em conta o que se pretende exatamente com a assistência médica previdenciária (e aí se colocam as famigeradas discussões sobre medicina preventiva, "medicalização", "simplificação tecnológica", etc). Especialmente, o que pode efetivamente o país gastar com essa atividade, que é claramente prioritária, mas não pode ser excludente, devendo assim coexistir com outras atividades igualmente importantes, tais como educação, desenvolvimento econômico, etc.

Assim, um dos méritos do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo da Administração da Saúde Previdenciária reside exatamente nessa tentativa de realismo e objetividade. E mais: num país como o nosso, onde é arraigado o hábito de se impor soluções de cima para baixo, certamente merece o Conasp o reconhecimento por sua preocupação de ouvir, de alguma maneira, todos os segmentos interessados quando do trabalho prévio de elaboraçao do Plano.

Reconhece o Plano, em sua Introdução, que "o atual modelo de assistência à saúde a que tem acesso a população previdenciária é insatisfatório sob o ponto de vista de atender aos objetivos que se coloca, ou seja, prestar uma assistência à saúde, de boa qualidade, a toda a população beneficiária urbana e rural."

É inútil discutir sobre o óbvio, e certamente há consenso sobre tal fato. Por isso, pretende o Plano propor um "novo modelo de atenção à saúde no País", o que certamente é desejável.

Para tanto, o Plano desenvolve uma série de propostas, que abarcam os vários aspectos e setores do sistema previdenciário brasileiro. Uma delas, é, textualmente: "Ultilização do Convênio Empresa, para cobertura integral a grupos populacionais específicos, como modalidade complementar de assistência à saúde, condicionada à sua regulamentação e estabelecimento de mecanismos de controle eficazes".

Reconhece, assim, o Conasp, o real papel que os Grupos Médicos, através do Convênio Empresa, desempenham dentro do sistema brasileiro de atendimento médico previdenciário. E destaca os seus exatos contornos:

a) "Trata-se de cobertura integral, ou seja, não deverá permitir qualquer tipo de exclusão. " Podemos afiançar que os Grupos Mécidos estão prontos a assumir essa cobertura integral. É necessário salientar que as exclusões de cobertura originam-se de determinaões do próprio INAMPS.

b) "Deve servir a grupos populacionais específicos" — como é hoje o convênio-empresa.

c) "É uma modalidade complementar de assistência à saúde". Dentro de um sistema pluralista, como deve ser o sistema brasileiro de atendimento médico-previdenciário, capaz de atender e adaptar-se às mais diferentes condições regionais do país, o convênio-empresa tem um papel tipicamente complementar, de conjuminar-se, de maneira harmônica, com outras modalidades de atendimento, sejam elas privadas ou públicas.

d) "Condicionada à sua regulamentação e estabelecimento de controles eficazes". Efetivamente, é necessário urgentemente que seja regulamentada, de maneira completa e racional, a existência e funcionamento dos Grupos Médicos. E que sua atividade global seja criteriosamente fiscalizada, não apenas no que diz respeito ao convênio-empresa, mas em todos os tipos de intervenção na área de saúde.

Certamente o sistema de atendimento médico previdenciário através do Convênio-Empresa com Grupos Médicos é passível de críticas. Muita coisa ainda deve ser feita, no sentido de melhorar os serviços, e evitar distorções existentes. Entretanto, o que é notável é que, apesar de tão detestado por tantos grupos ou entidades empresariais de assistência médica, especialmente as organizadas sob a forma de cooperativas, nunca o sistema de Grupos Médicos sofreu qualquer crítica que atingisse a essência do seu funcionamento. Todas as críticas, mesmo as que mereceram guarida no âmbito do próprio Plano, são meramente circunstanciais, aspectos secundários que podem perfeitamente ser corrigidos. Isso desde que as críticas não sejam feitas à partir da ótica estatizante. Aí então, são as críticas ao modelo do capitalismo, e da livre empresa, que se confundem e se voltam para o sistema que, como é óbvio, funciona dentro dos parâmetros desse modelo.

Fala-se, por exemplo, que os convênios-empresa atendem a uma populaçao saudável, o famoso "filé minhon" dos previdenciários que, por serem mais hígidos, ocupariam menos os serviços médicos. Somente um cultor do humor negro poderia encontrar no Brasil tal população "hígida". Onde estão metalúrgicos, petroquímicos, trabalhadores em telecomunicações e construção civil, tão brasileiros como os outros brasileiros, e tão participantes das condições sanitárias da periferia dos grandes centros urbanos, esses visionários enxergam suíços e finlandeses, super-homens a vender saúde e robustez por todos os poros. Na verdade, embora trabalhadores urbanos, os assistidos pelos Grupos Médicos continuam trabalhadores, e sujeitos à mesma sorte que os demais trabalhadores brasileiros.

Alega-se que, por medida de economia, os Grupos Médicos economizam em exames que seriam necessários. Sempre alegações, sem nenhuma espécie de comprovação de fatos reais que comprovem tal prática. Na verdade, a Organização Mundial de Saúde estabelece, como padrão satisfatório de relação consultas/número de exames, o índice de 25 exames para cada 100 consultas. Nos Grupos Médicos, a relação é de 40 exames para cada 100 consultas. Certamente em muitos casos existe falta de critério para a solicitação de exames, pois, no caso do INAMPS, a relação é de

projeto radis reunião, análise, difusão de informação sobre saúde

setembro 82 tema 2.1

Em debate: assistência médica previdenciária

Esta edição de *Tema* é inteiramente dedicada à assistência médica da Previdência Social. Sem dúvida é uma das mais importantes questões da atual conjuntura da saúde coletiva no Brasil e a divulgação do *Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social,* elaborado pelo CONASP, em fins de agosto último, a recoloca na ordem do dia. Uma série de debates com dirigentes e técnicos do INAMPS e do CONASP, durante simpósio realizado na Escola Nacional de Saúde Pública em agosto, evidenciou que desde a tentativa de implementação do Programa Nacional de Ações Básicas de Saúde (Prevsaúde), em 1980, não se apresentava a possibilidade concreta de um debate tão amplo sobre a assistência médica à população brasileira. A intenção dessa publicação é viabilizar a generalização dessa discussão, facilitando o acesso a alguns documentos básicos de referência: o próprio plano do CONASP e as manifestações que ele suscitou por parte dos diversos setores mais diretamente envolvidos.

Desta forma reunimos nesta edição, além do excerto do que de mais fundamental há no Plano — as "Propostas de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária" e parte da "Estratégia de Implementação do Plano" — diversas matérias e documentos: uma breve explicação do que é o CONSAP; trechos da palestra "Saúde e Desenvolvimento" do Ministro da Saúde, Waldir Arcoverde, na Escola Superior de Guerra em 25 de agosto passado; um resumo comentado das minutas de convênio entre as Secretarias Estaduais de Saúde e a União, para a execução de ações de saúde no âmbito dos estados; uma descrição do novo sistema de pagamento de contas hospitalares, em vigor no estado do Paraná ("Projeto Curitiba"); as críticas ao plano, pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH), pela Associação Médica Brasileira (AMB), pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e pelo Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT).

Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social

Este plano, em sua versão definitiva, de agosto de 1982, é constituído de 6 partes: (I) "Apresentação", pelo Dr. Aloysio de Salles Fonseca; (II) "Introdução" — na qual se inclui breve histórico da assistência médico-previdenciária no país e são delineadas as proposições gerais do plano; (III) "O Modelo Atual de Prestação de Serviços de Saúde no Âmbito da Previdência Social" — que descreve e analisa criticamente a estrutura atual da assistência médica previdenciária; (IV) "Propostas de Reoritentação à Assistência à Saúde Previdênciária", (V) "Estratégia de Implementação do Plano"; e (VI) "Considerações Finais" — que resume os resultados esperados do plano.

Para efeito de documentação estão reproduzidos na íntegra a parte IV e os itens "A — Prioridades" e "B — Etapas e Cronograma", da parte V.

OBJETIVOS E PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA PROPOSTA

A proposta pretende fundamentalmente a reversão gradual do atual modelo médico-assistencial da Previdência Social, de modo a assegurar:

Melhoria de qualidade da assistência à saúde prestada à população, pelo INAMPS, direta ou indiretamente;

Cobertura assistencial, em igualdade de condições, a toda população rural e urbana;

Planejamento da assistência à saúde, de acordo com parâmetros assistenciais aceitáveis, respeitadas as disponibilidades orçamentárias do INAMPS e das demais instituições envolvidas no processo;

Aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação dos serviços.

A busca desses objetivos deve ser orientada pelos seguintes princípios:

Responsabilidade do Estado, sobre a política e o controle do sistema de saúde;

Organização dos serviços de saúde públicos e privados, a partir de critérios de regionalização e hierarquização;

Utilização plena das potencialidades específicas do setor público, não apenas para a prestação de serviços básicos, mas também para aqueles que exigem tecnologia, equipamento e pessoal de maior diferenciação;

Integração programática crescente entre os órgãos, normativos e executivos, do setor saúde;

Utilização total da capacidade instalada do setor público;

Descentralização do planejamento e execução dos serviços públicos de atenção à saúde, permitindo adequação de recursos a todas às necessidades, inclusive as periféricas, e desburocratização dos procedimentos administrativos, contábeis e financeiros;

Programação financeira do Sistema de Saúde, a partir da co-participação orçamentária das várias instituições envolvidas na prestação de serviços;

Estímulo às modalidades que assegurem melhor qualidade assistencial, previsibilidade orçamentária, e mecanismos adequados para seu controle;

Redução do número, e simplificação técnico-administrativa e financeira, das várias formas atuais de relacionamento do INAMPS com os prestadores de serviços conveniados e contratados;

Gradualidade no processo de reorientação do modelo, a partir das peculiaridades técnicas e políticas regionais;

Participação ativa dos vários segmentos da sociedade na condução do processo de reorientação do modelo médico-assistencial, assim como na sua gerência, nos níveis central, regional e local.

PROPOSIÇÕES GERAIS

1 — Regionalização do Sistema de Saúde, planejado e coordenado a nível estadual por uma Comissão paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde, sob direção do Secretário de Saúde e, quando viável, com a participação de outros órgãos e entidades representativas da Sociedade, de caráter científico, comunitário e de classe.

2 — Hierarquização de todos os serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanis-

1 — **Nível Ambulatorial**

Propõe-se integrar, em uma **Rede Única**, as seguintes estruturas de prestação de serviços, com seus devidos ajustes e correções:

Postos de Assistência Médica do INAMPS (PAM);

Ambulatórios e Postos das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde;

Ambulatórios de Hospitais de Ensino;

Serviços Ambulatoriais Privados Credenciados;

Ambulatórios de Sindicatos Rurais, de Empregados e Empregadores, assim como de outras instituições conveniadas para a atenção ambulatorial rural.

Ressalte-se que os convênios rurais poderão se integrar nessa Rede Única, em igualdade de condições, se tiverem seus subsídios equiparados aos da área urbana, ou através de co-participação de outras instituições no custeio do atendimento à população rural, como consta nas "Proposições Gerais".

A articulação desses órgãos ambulatoriais representa basicamente uma potencialização dos recursos alocados para o setor por várias instituições públicas e privadas, com um impacto significativo do ponto de vista econômico-financeiro e assistencial. Acresce-se também a ampla cobertura populacional que proporcionam em conjunto. Estima-se que os serviços ambulatoriais públicos dispõem hoje, na sua totalidade (MPAS/MS/MEC/Secretarias de Saúde, etc.), de uma capacidade instalada apta a produzir mais de 75% das consultas atualmente oferecidas pelo INAMPS através de seus serviços próprios e contratados, em todo o país (mais de 200 milhões).

Os atendimentos ambulatoriais que não foram feitos pela rede pública deverão continuar a ser prestados pela rede privada. Neste caso é aconselhável que continuem a ser preferencialmente realizados pelos atuais credenciados, que deverão estar articulados operacionalmente com unidades ambulatoriais públicas. Assim, o atendimento de pacientes pelos credenciados deverá ser feito mediante encaminhamento dos ambulatórios públicos, que exercerão sobre os serviços e profissionais credenciados o controle da qualidade assistencial e da produtividade, de acordo com parâmetros pré-estabelecidos de cobertura populacional. Complementarmente, cooperativas médicas, entidades sindicais e patronais e grupos médicos, que se responsabilizam, atualmente, mediante remuneração por pré-pagamento, pelo restante da cobertura ambulatorial, devem também articular-se com a rede regionalizada e hierarquizada de serviços, sob controle do setor público, obedecidos os aspectos legais e éticos envolvidos no caso.

2 — **Nível Hospitalar**

Cabe inicialmente reiterar que a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde devem englobar e articular os níveis ambulatorial e hospitalar, público e privado. Entretanto, didaticamente, as proposições específicas quanto à atenção hospitalar podem ser apresentadas em 2 conjuntos: as relativas aos hospitais governamentais, de ensino e beneficentes; e as referentes aos hospitais privados e contratados.

Desse modo, além das gerais, são aqui indicadas as seguintes medidas:

Referentes a Hospitais Próprios do INAMPS, em Co-Gestão com o MS, Governamentais em Geral, de Ensino e Beneficentes.

Estabelecimento de uma rede de Centros de Referência para o atendimento hospitalar no país, inclusive no tocante à pesquisa e formação de recursos humanos, utilizando basicamente hospitais desse grupo.

Transformação de todos os atuais convênios e contratos com Hospitais Universitários e de Ensino, no novo Padrão de Convênio MEC/MPAS (já proposto pelo CONASP e aprovado pela CIPLAN, com homologação ministerial), que prevê em linhas gerais:

** pagamento por alta e atendimento ambulatorial, segundo tabela específica, e classificação do hospital, segundo complexidade e desempenho.*

** proibição, sob qualquer forma, de remuneração dos profissionais por quantidade ou diferenciação de atos.*

** equiparação do atendimento às populações urbanas e rural, com base na co-participação já existente nesses tipos de convênios.*

Transformação de todos os convênios globais e contratos por produção de serviços mantidos com os hospitais governamentais e beneficentes, em convênio tipo MEC/MPAS, antes descrito, com tabela de subsídios adaptada ao tipo de atendimento oferecido por esses hospitais.

Aperfeiçoamento da co-gestão MPAS/MS, com acompanhamento através da CIPLAN.

Hospitais Privados Contratados

Implantação, em todo o país, do Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (Novo Sistema de Contas), já experimentado pela Superintendência Regional do INAMPS do Paraná, que consiste em:

** substituição da remuneração atualmente feita pelo valor de Unidades de Serviço (US), Diárias, Taxas de Sala, e Medicamentos, pelo pagamento por Procedimento Clínico ou Cirúrgico, levando a uma simplificação das contas médico-hospitalares e de seu processamento, com consequente agilização dos pagamentos e melhor controle dos gastos.*

** introdução de novos mecanismos de auditoria técnica, a partir de padrões de condutas clínicas e cirúrgicas, critérios de internação e alta, com a devida participação dos Conselhos Profissionais e Sociedades Científicas, visando assegurar uma melhoria da qualidade assistencial.*

Aperfeiçoamento progressivo da nova modalidade (pagamento por procedimento), com consolidação e simplificação gradual e atualização periódica da Tabela de Procedimentos, implementação dos Sistemas de Auditoria e Valorização do Desempenho Hospitalar, desenvolvimento de mecanismos de apropriação e atualização de Custos dos Procedimentos, etc., com a participação das Associações de Classe ou de Especialidades.

Quanto aos Hospitais privados, hoje conveniados para assistência à população rural, deve-se buscar integrá-los à mesma sistemática anteriormente descrita, à medida que houver a disponibilidade orçamentária para tal fim, dentro da intenção de equiparação do atendimento às populações urbana e rural, já formulada.

Recomendação às Superintendências Regionais do INAMPS para que façam representação junto aos Conselhos Profissionais Regionais, a respeito das irregularidades de caráter ético-legal identificadas na prestação de serviços.

3 — **Outras Proposições**

a) Referentes à Assistência Farmacêutica

Quanto a essa área, julga-se necessário:

Retomada do Plano Diretor da CEME, considerando as atuais injunções técnicas, políticas e econômicas do setor, com recomendação de que se amplie sua atuação.

Revisão da RENAME, à luz da nosologia prevalente no país e de condutas médicas padronizadas.

Implantação efetiva da RENAME nos serviços de saúde pública, e sua extensão aos hospitais privados contratados pelo INAMPS.

Descentralização administrativa do órgão.

Estreitamento da integração programática da CEME com o INAMPS, MEC e Secretarias de Saúde.

b) Referentes à Assistência Odontológica

Impõe-se um estudo a curto prazo, para avaliar, com maior nível de detalhe, a assistência odontológica oferecida pelo INAMPS, em particular o relacionamento com os serviços contratados e conveniados. Tal estudo deve ter em vista uma política mais racional para essa área, e que deve estar orientada à ampliação de cobertura a custos compatíveis com as realidades orçamentárias do INAMPS, do MS e das secretarias Estaduais de Saúde e Educação.

Deve-se fomentar o desenvolvimento de novas estratégias de promoção, prevenção e manutenção da saúde oral, de forma integrada com os Programas de Saúde das Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação. Entre essas estratégias pode-se destacar o "Sistema Incremental", orientado especialmente ao tratamento odontológico da população escolar, baseado em simplificação de equipamentos, uso de pessoal auxiliar e parâmetros de cobertura pré-estabelecidos. A fluoretação da água também merece ser objeto de apoio junto às Prefeituras e Companhias de Abastecimento de Água, dado o seu comprovado impacto sobre a saúde dentária. O atendimento odontológico conservador deve estar, também, mais acessível a toda a população, obedecidas as mesmas prioridades de ocupação da capacidade instalada do setor público.

É oportuno sugerir a convocação das associações de classe e de grupos docentes, para que os estudos e sugestões tenham o necessário respaldo dos profissionais interessados.

c) Modalidades Atuais do Pré-Pagamento do Setor Privado